



Editorial

Editorial / Editorial

Perc epção delirante — conceito ultrapassado?

Delusional perception — an unused concept?

O que aconteceu à noção de percepção delirante? Hoje praticamente já não se fala deste conceito, quando há pouco mais de meio século, Schneider (1949) dizia que “a presença da percepção delirante excluía uma experiência reactiva e indicava sempre uma psicose verdadeira, em termos práticos, uma esquizofrenia”.

A queda deste conceito da velha psiquiatria alemã começou em 1996, quando Crichton (1996) lhe negou qualquer estatuto epistemológico, tendo salientado que só a autoridade de Schneider na psiquiatria da época fez com que este conceito tivesse a importância que teve na psiquiatria europeia. Um dos argumentos usados centrou-se no facto de aquilo que era considerado o centro do conceito — a sua *estrutura bipartida* — não tinha qualquer sentido sendo, antes, um conceito que não valia mais do que o seu conteúdo.

Mas será mesmo assim? Não será que o entendimento dado a esta noção não deixou revelar não só o seu valor heurístico para uma fenomenologia da doença mental, como também a sua importância para a compreensão do doente psicótico?

Vejamos, por isso, com mais pormenor, o que poderá significar este conceito, quando analisado ao microscópio da exploração conceptual. Quando se fala de *percepção* delirante, é inevitável que o fenómeno da percepção tome o lugar central. Por exemplo, Matussek (1952) defendia que a origem da percepção delirante residia na alteração das relações entre figura-fundo de um quadro perceptivo. No entanto, se olharmos para outros autores, tais como Bruner (1973), Neisser (1976) e Gregory (1987), verificamos que esses autores adoptam uma perspectiva hipotético-dedutiva da percepção, segundo a qual a percepção é uma espécie de um guia de controlo hipotético, de certa forma análogo aos que foram formulados pela ciência. Se adoptarmos esta perspectiva, a percepção delirante funcionaria como um sinal de uma mudança prévia no pensamento. Neste sentido, a sua designação não é adequada, precisamente porque atribui a identidade real do acto de percepção a um processo no qual apenas o resultado final se expressa no nível perceptivo.

Sendo assim, a percepção delirante poderá ser vista como um sinal de que algo de terrível aconteceu e a sua formação é uma espécie de campainha de alarme assinalando que um determinado limite foi ultrapassado. Para além disso, diz-nos que a pessoa que sofre de percepção delirante abandonou um quadro de referências da experiência no qual as coisas são compreensíveis por consentimento mútuo, podem ser participadas e colocadas numa rede de significados que pode ser interpretada de acordo com uma multitude de conexões. Por isso, a percepção delirante pode ser vista como reportando um equilíbrio delicado entre a quebra das habituais hierarquias do sentido (uma espécie de crise das categorias que estruturam a nossa experiência) e a superfície, neste contexto distorcido, dos conteúdos temáticos que são absolutamente personalizados. Deste modo, um conjunto de conteúdos ligados à história pessoal são colocados na forma de percepção delirante, criando uma espécie de hieróglifo no qual





os elementos formais e de conteúdo são indissociáveis. Sendo assim, a percepção delirante constitui a prova viva da essência da inseparabilidade da relação entre forma e conteúdo. Dito de outra forma, a especificidade da percepção delirante não reside nem na sua estrutura formal nem no seu conteúdo temático mas, antes, na associação indissociável e especial entre os dois elementos.

Baseado numa revisão de estudos sobre perturbação do pensamento e percepção delirante, Cutting (1985) sustentou a teoria segundo a qual os processos de pensamento na percepção delirante não são muito diferentes dos que são usados no pensamento normal e Maher (1992) sustenta esta perspectiva afirmando que “não há evidência de uma perda da capacidade de juízo nos doentes que sofrem de percepção delirante”, precisamente porque essa actividade é sustentada pelos processos cognitivos indistinguíveis dos que sustentam a actividade mental em indivíduos não delirantes. Muito embora estes aspectos pareçam ser hoje consensuais, o que é certo é que deixaram de fora a possibilidade de análise de um dos aspectos mais importantes da percepção delirante: *a experiência disjuntiva específica*. Isto faz-nos regressar ao problema da forma, entendida como o modo como um certo conteúdo aparece na consciência (Walker, 1993), tanto mais que é um facto clínico perfeitamente estabelecido que para o diagnóstico de actividade delirante não é tão importante o que o doente diz, mas a forma como diz. É, precisamente, neste ponto que a percepção delirante se intrmete: precisamente no momento em que o clínico se confronta com um modo de funcionamento mental que é idiossincrático e sincopado, numa forma alienada experienciada, quase brutalmente, como uma espécie de “colisão de categorias”. Ora, é precisamente esta disparidade que cria, imediatamente, uma distância, tornando o doente inacessível e incompreensível, até ao momento em que o clínico se vira para o conteúdo no qual o delírio é experienciado. Neste momento, pode-se ter a sensação que esse conteúdo tem a qualidade de estranho, precisamente porque se abre um abismo figurativo revelador de uma regressão aos tempos em que não havia uma limitação clara entre, o eu e o mundo, ou, o eu e os outros.

É neste sentido que a percepção delirante expressa uma catástrofe da compreensão, traduzida nas expressões: “*O que está a acontecer?*” ou “*O que está o doente a dizer?*”. Estas questões emergentes na clínica também se colocam ao próprio doente, mas em relação às quais ele acaba por encontrar uma resposta perfeitamente pessoal, cujos termos não têm uma expressão verbal mas, antes, subjazem ao abandono da plausibilidade inerente à percepção delirante. Ou seja, para o doente, essa equação representa a melhor solução possível. Mas para o psiquiatra representa, pelo contrário, a desastrosa perda de compreensibilidade, a descontinuidade e o *nonsense* psicológico, que são verdadeiros obstáculos ao tratamento.

Obstáculos de que natureza? Sobretudo de natureza relacional. Senão vejamos. Dada a incompreensibilidade da percepção delirante e, mesmo, dado o seu carácter ameaçador, pode provocar no clínico um mecanismo de defesa baseado na análise formal tomada de um ponto de vista puramente intelectual o qual, impede qualquer envolvimento e contacto pessoal com o doente, o que é o mesmo que dizer que impede uma verdadeira compreensão do mesmo.

É por isto que se pode afirmar que o problema da forma da percepção delirante nos move para a dimensão relacional. Isto é, obriga-nos a pesquisar uma especificidade formal, não asséptica e pormenorizada, que não pode ser um produto de laboratório mas, antes, encontrada no contexto de uma relação.

Segundo este ponto de vista, qual é, então, a forma que a percepção delirante assume? Em primeiro lugar, assume a forma de um sinal de aviso: *alto!* Este aviso é dirigido quer para o mundo interior do doente, para a sua consciência, quer para o mundo exterior, para a compreensão que o clínico tem, prejudicando a possibilidade de partilha e de compreensão mútua.





Esta ruptura relacional, tem o seu correlato no mundo interno do doente, precisamente quando ele deixa de ser capaz de registar os acontecimentos e as suas experiências numa estrutura narrativa compreensível e comunicável. É, precisamente, o facto de o doente sentir uma necessidade urgente que a sua experiência assume uma forma concreta que faz com que as referências simbólicas relativas ao seu discurso se tornem transparentes para o clínico. Por isso, em vez de *ausência* de verdade, a percepção delirante assume a forma, na mente do clínico, de um excesso de verdade, contaminada de várias maneiras. Isto é, a comunicação de um doente com percepção delirante não produz um acto linguístico vazio (como sustentava Berrios, 1991), nem é uma expressão simbólica de nada, nem tão pouco uma máscara. É, pelo contrário, caracterizada por um excesso de significado que apenas poderá ser clarificado num espaço mental exterior ao doente. Isto é, na mente de um clínico disposto a empreender esta tarefa. É óbvio que uma tarefa desta natureza implica uma adequada formação fenomenológica, já que requer que o clínico tenha competências para colocar essa experiência, vivida como um “*a priori*”, num contexto onde se torne possível estabelecer uma mediação e encontrar referências e conexões com outros aspectos da existência do doente.

Como se pode compreender esse “excesso” de significado? Na percepção delirante, os elementos banais e incidentais, revelados de forma sincopada e idiossincrática, actuam, muitas vezes, como agentes de revelação. Estes agentes estão ligados - mas sem vínculos visíveis - a algo que está obscuramente correlacionado com a existência do doente e aludem aos seus aspectos centrais. Segundo este ponto de vista, a percepção delirante emerge como um contentor onde uma grande quantidade de elementos se precipitou mas que se conglomeraram de tal modo que os elementos individuais já não são separáveis. No entanto, é frequente um clínico experiente perceber que existe, apesar de tudo o que foi dito, algo de familiar no modo como o doente se exprime. É como se houvesse algo essencial escondido entre as linhas daquilo que está a ser dito, como se por um momento uma espécie de véu se desvelasse num curto-circuito, em que a informação banal acerca de experiência do doente emergisse. Esta revelação é a ponta que permite re-ligar o sintoma com o doente, com a sua biografia e com os acontecimentos mais significativos da sua vida, com a consciência de que nem tudo no que o doente diz é sem sentido mas, pelo contrário, que o sintoma é um dos aspectos mais essenciais da própria doença.

O clínico, consciente da importância dessa ligação para a qual o doente está completamente “cego”, está numa posição especial para se envolver com o seu tema e colocá-lo na proximidade da sua existência pré-delirante sem, contudo, entrar no mundo do delírio através da porta da percepção delirante. A aceitação do tema do delírio do doente ajuda o clínico a relacionar a contiguidade do tema com a totalidade da existência do doente. Esta mesma contiguidade pode estar fragmentada e negada pela percepção delirante que, como uma parte essencial da *apofania*, está posicionada como uma barreira entre o que o doente foi e o que poderá vir a ser, entre um mundo fechado e um novo mundo que se está a abrir.

Esta nossa incursão pelo mundo da figura temática da vivência delirante primária que se perdeu nos tempos que correm, não pode deixar de voltar ao seu criador: Kurt Schneider. Este autor entendia a percepção delirante como algo de muito importante para o doente, tendo afirmado que “ser tocado pela percepção delirante é algo de muito diferente, numinoso e muito especial”. O carácter de revelação da percepção delirante, sustentado por Kraus (1983), torna a percepção delirante uma espécie de janela para o mundo exterior que, mesmo assim, deixa passar alguma luz para um mundo interior em relação ao qual o doente se tornou cego. Tudo pode ser percebido e completamente revelado, muito embora separado do doente, que sente desesperadamente a necessidade de injectar algo de instável e intolerável para a sua realidade.





Como Wyrsh (1971) afirmou, “dado que o doente esquizofrénico não é livre, mas ao mesmo tempo tem uma grande necessidade de compreender o que está a acontecer, ele tem de transformar o desconhecido numa percepção delirante”. É neste sentido que podemos afirmar que a percepção delirante se assemelha a um hieróglifo ou a um fragmento de texto que é incompreensível porque foi retirado do seu contexto original.

A percepção delirante é, então, mais do que um sintoma, o primeiro sinal de um acontecimento mental que já aconteceu e que organizou certos conteúdos segundo a forma não participativa, representando a passagem de uma fronteira cujo retorno é muito difícil. Nesse sentido, para a perspectiva clínica, mantém uma actualidade e um valor semiológico de extrema importância.

Referências

- Berrios, G. (1991). Delusions as “wrong beliefs”: a conceptual history. *British Journal of Psychiatry*, 159 (supl. 14): 6-13.
- Bruner, J. (1973). *Beyond the information given studies in psychology of knowing*. New York: Norton.
- Cutting, J. (1985). *The psychology of schizophrenia*. Edinburg: Churchill Livingstone .
- Gregory, R. (1987). *The Oxford Companion to the Mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Kraus, A. (1983). Schizoaffective psychoses from a phenomenological-anthropological point of view. *Psychiatry Clin*, 16: 265-274.
- Maier, B. (1992). Delusions: contemporary etiological hypothesis. *Psychiat Ann*, 22: 260-268.
- Matussek, P. (1952). Studies in delusional perception. Em Cutting, J., Shepherd, M. (Eds.), *The Clinical Roots of Schizophrenia Concept*. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.
- Neisser, U. (1976). *Cognition and reality*. San Francisco: Freeman.
- Schneider, K. (1949). The concept of delusion. Em Hirsch, R., Shepherd, M. (Eds.), *Themes and variations in European Psychiatry*. Charlottesville: University Press of Virginia, 1974.
- Walker, C. (1993). Karl Jaspers as a kantian psychopathologist. I. The philosophical origins of the concept of form and content. *History of Psychiatry*, 4: 209-238.
- Wyrsh, J. (1971). Clinica della schizofrenia. Em Gruhle, H., Jung, R., Mayer-Gross, W. E Muller, M. (Eds.), *Psichiatria del presente*. Vaduz, Luxusaussagen Rekord.

João Marques-Texeira